FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934 N° _____

THÈSE

142

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean JULIAN

Né le 14 Septembre 1901, à Cloyes (Eure et Loir)

Contribution à l'étude DE LA dextrocardie par attraction

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

KREMLIN-BICÊTRE
IMPRIMERIE BOIVENT
126, Avenue de Fontainebleau, 126

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934 N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean JULIAN

Né le 14 Septembre 1901, à Cloyes (Eure et Loir)

Contribution à l'étude

DE LA

dextrocardie par attraction

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

KREMLIN-BICÊTRE
IMPRIMERIE BOIVENT
126, Avenue de Fontainebleau, 126

1934

LE DOYEN ..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT. LUNEO GREGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MULON. OLIVIER. VERNE. HOVELACQUE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS APPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NÉVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE (*In memoriam*)

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Léon BERNARD

Commandeur de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôpital Laennec
Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de profonde reconnaissance
et de respectueuse admiration.

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR JACQUET
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé de ses conseils, qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Les cas de dextrocardie par attraction sont connus depuis longtemps.

En 1914, Lucien Girard a pu réunir 42 observations, au cours de ces dernières années, d'autres cas ont été rapportés.

L'observation que nous décrivons ici nous paraît particulièrement démonstrative à plusieurs point de vue, elle a été recueillie dans le service de M. le Docteur Jacquet, médecin de l'Hospice de Bicêtre, qui nous a guidé de ses conseils.

Nous nous sommes largement inspiré de la revue générale de Lucien Girard et de l'article de Papillon et Flipo.

Des travaux récents sont venus préciser la nature du processus de symphyse causal en même temps que le perfectionnement de la technique radiographique et l'emploi plus courant de l'électrocardiographie permettant de plus grande précision sur la part des manifestations cardiaques.

HISTORIQUE

C'est en 1908, au Congrès de Genève, que Galliard a opposé aux dextrocardies par refoulement, la dextrocardie par attraction, qu'il définissait ainsi:

« Il s'agit d'une lésion acquise où le cœur normalement placé dans la partie médiane gauche du médiastin antérieur est attiré d'une façon permanente vers la droite par des lésions pleuro-pulmonaires droites.

« Elle diffère de la dextrocardie par refoulement, le plus souvent transitoire, à moins d'adhérences secondaires, due à des lésions gauches.

« Elle n'est nullement assimilable à la dextrocardie congénitale qui s'accompagne le plus souvent d'une inversion ou d'une hétérotaxie des organes abdominaux. »

En 1824, Abercrombie rapporte l'observation d'un homme âgé de 21 ans qui succomba à une affection cérébrale après avoir pendant sa vie présenté, à côté de manifestaitons pulmonaires, toux, crachements purulents, hémoptysies, une dextrocardie.

A l'autopsie, il trouva derrière le poumon droit rétracté et creusé de cavernes, le cœur, situé dans le côté droit de la poitrine.

La notion de sclérose pleuro-pulmonaire, agent causal de cette attraction semble dater de cette observation et se préciser plus tard à la suite des observations analogues publiées par : Gintrac en 1843, Mac Aldowie en 1886, Constantin Paul en 1887, Chabreley en 1889 et Bonne en 1896.

Fernet, dans la même année, publia l'observation d'une dextrocardie confirmée déjà par l'examen

radioscopique ; le cœur est à droite orienté normalement, l'hémithorax droit est obscur, l'hémithorax gauche transparent ; il cite le mot d'ectopie cardiaque sans inversion des viscères, mais cependant l'attention est attirée par les rapports possibles entre la dextrocardie et les lésions pleuro-pulmonaires coexistantes.

Plus tard, des observations de dextrocardie consécutives à des pleurésies et à des lésions pulmonaires droites sont rapportées par Moutard-Martin, Petit, Cortez, Lépine, Garnier, Barbier, Fitz Gérald et Everett, Remoussenard, Ploux, Levien, Scherb, Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine, Hirtz et Simon, Galliard, Meyer, Trastouc, Bourcart, Barjon et Gaté, Bitot et Papin, Chalier et Rebatut, Macaigne et Girard, Sheffield et Barbier.

OBSERVATION PERSONNELLE

M. J... R..., âgé de 26 ans, sans enfants, ajusteur, hospitalisé au sanatorium « Georges-Clemenceau », salle Arras, entre le 26 octobre 1931, envoyé d'un centre de triage de tuberculose pulmonaire.

Le malade raconte qu'il a présenté en 1928 une pleurésie droite diagnostiquée cliniquement et radioscopiquement et dont l'abondance n'a pas nécessité la ponction.

Cette pleurésie s'est résorbée spontanément et progressivement en deux mois, ne laissant aucun trouble fonctionnel, ni général.

En 1930, débutent les premières manifestations générales, à savoir :

— amaigrissement d'ailleurs modéré,
— température vespérale,
— anorexie légère.

La toux était fréquente ne ramenant que rarement une légère expectoration.

Inquiété par ces troubles, le malade va consulter dans un dispensaire.

Sur les examens pratiqués, il ne peut nous fournir que des renseignements imprécis, on aurait constaté, dit-il, des lésions bilatérales mais peu importantes.

Un examen bactériologique de l'expectoration fut pratiqué à cette époque, il révéla la présence de bacilles de Koch.

Conseillé par son médecin, le malade cessa immédiatement son travail et comença une cure de repos, sans toutefois quitter Paris.

Une amélioration de son état général fut observée pendant une période de 6 à 7 mois, mais à nouveau apparurent d'autres signes d'ordre général qui ramenèrent le malade à l'hôpital.

La recherche des antécédents pathologiques du malade ne nous révéla aucun incident digne d'être noté, il n'y avait même pas d'épisode pulmonaire aigu ou subaigu dans l'enfance, dans l'intervalle de ces manifestations, il ne fit pas d'hémoptysie.

L'enquête sur la famille fut plus démonstrative, elle apprit la mort des deux frères et une sœur par tuberculose pulmonaire.

A l'examen le facies ne paraît pas très altéré, on ne trouve aucune trace de cyanose, même unguéale, la respiration est régulière et de rythme normal.

Il y a peu de fièvre, 37° 5, aucun signe digestif.

Orienté par l'histoire du malade on examine l'appareil pulmonaire.

1°) *Aspect du thorax :*

Aucune déformation apparente sur un thorax par ailleurs amaigri. On ne note aucune déviation

du sternum, pas d'obliquité anormale des côtes, pas de saillies exagérées des fausses côtes.

L'étude de l'ampliation thoracique révèle un élargissement normal des espaces intercostaux du côté gauche, une diminution de l'ampliation thoracique du côté droit.

Il n'y a aucune circulation collatérale apparente.

2°) *Du côté droit :*

L'examen de la partie postérieure permet de constater : une matité franche occupant les 2/3 inférieurs de l'hémithorax sans limite supérieure nette.

Dans cette zône la palpation révèle la diminution des vibrations vocales, l'auscultation un silence respiratoire absolu.

Dans le 1/3 supérieur, fosse sus et sous-épineuse, on trouve un souffle à la fois expiratoire et inspiratoire d'une intensité forte, d'un timbre rude, en un mot un soufffle amphorique.

Accompagnant ce souffle, on entend des râles inégaux et humides particulièrement marqués après la toux et dont l'association au souffle réalise un véritable gargouillement.

L'auscultation de la voix donne de la pectoriloquie vraie, la toux est retentissante dans cette même partie supérieure.

En avant les signes pulmonaires sont sensiblement les mêmes, mais on est surpris d'entendre

dans la région du 3e espace intercostal droit, les bruits du cœur avec une intensité bien particulière, phénomène qui a d'emblée attiré notre attention.

3° *Du côté gauche* :

Percution et palpation donnent des résultats normaux ; l'auscultation révèle une diminution du murmure vésiculaire et queques craquements après la toux dans la région apicale.

Les bruits du cœur ne sont nullement perçus dans le côté gauche de la poitrine.

Les crachats sont muco-purulents d'abondance moyenne, adhérents au crachoir, mais ne présentent aucunement le caractère nummulaire qu'on était en droit d'attendre. Au laboratoire on y constate la présence de B. K. à l'examen direct.

4°) *Appareil cardio-vasculaire* :

L'appareil cardio-vasculaire retient particulièrement notre attention.

Dès l'inspection de la partie antérieure du thorax on est frappé par l'existence d'un centre de battements occupant le 3e espace intercostal droit où il existe un véritable mouvement de roulis.

A la palpation de cette région on constate un choc systolique, synchrone à la pulsation radiale, ce choc systolique subit un léger déplacement à gauche dans le décubitus latéral gauche.

Aucun battement n'est perçu à gauche du sternum.

Si l'on cherche à délimiter la matité cardiaque on est extrèmement géné par la matité pulmonaire concomittente d'une part et par la matité hépatique d'autre part.

En revanche dans la région habituelle de la matité cardiaque la percussion la plus minutieuse ne décèle que de la sonorité.

« On ne trouve aucune trace de matité cardiaque du côté gauche ».

L'auscultation confirme le siège du battement et ne révèle aucun éclat anormal des bruit du cœur et aucun bruit orificiel.

Le pouls est régulier battant au rythme de 80 pulsations à la minute, il n'est pas modifié aux mouvements inspiratoires. Aucun signe anormal n'est noté au niveau des jugulaires.

La tension artérielle est de 12-7 au Vaquez.

5°) *Examen des autres appareils :*

Le foie nous semble de volume normal. Sa limite supérieure est difficile à apprécier, le bord inférieur ne dépasse pas les fausses côtes, il n'est pas douloureux aux mouvements d'inspiration profonds.

La rate est normale.

Les urines sont de volume et d'aspect normaux, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le système nerveux paraît indemne, il n'y a

aucun trouble des réflexes tendineux et cutanés. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

La recherche des signes de spécificité est négative, aussi bien du côté des antécédents que des stigmates cutanés muqueux ; notons toutefois l'absence d'appendice xyphoïde.

Les réactions biologiques, Hecht et Bordet-Wassermann se sont montrées négatives.

6°) *Examen radiologique :*

A. — *En position antérieure :*

a) *côté droit :* opaque dans ses 2/3, la limite supérieure de l'ombre est floue.

Le sommet s'éclaire bien à la toux.

b) *côté gauche :* transparence normale — on note cependant quelques travées d'ombre partant du hile, particulièrement marquées dans la 1/2 inférieure. Le sinus costo-diaphragmatique est clair. Le diaphragme et mobile.

La pointe du cœur n'est pas visible à gauche.

B. — *En position postérieure :*

L'examen radioscopique offre une image analogue à la précédente.

C. — *En oblique antérieure droite :*

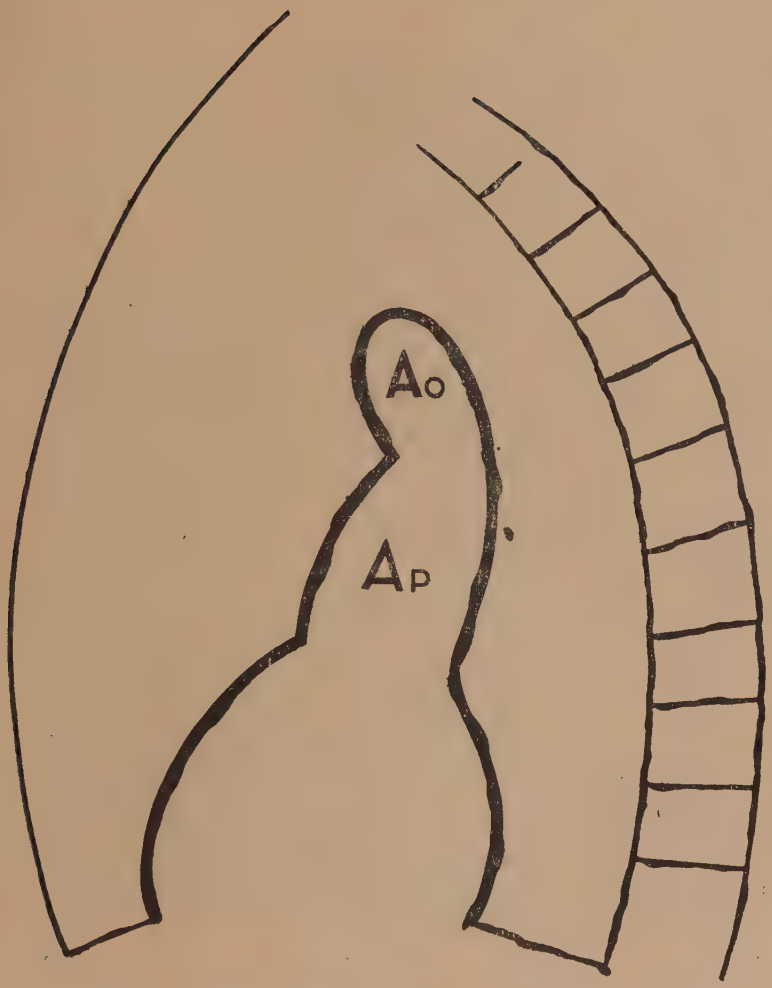
L'ombre cardiaque est accolée à la paroi.

D. — *En oblique antérieure gauche :*

On voit nettement le cœur de profil, car la pointe n'est pas accolée à la paroi costale.

L'espace rétro-cardiaque est clair ; le diaphragme droit est immobile ; le sinus costo-diaphragmatique comblé.

Voir schéma ci-contre



CE SCHÉMA A ÉTÉ DESSINÉ
EN O.P.G

RADIOGRAPHIE

Le cliché nous a paru démonstratif et nous le reproduisons ici.

On est frappé par la transparence du côté gauche qui contraste avec une ombre accompagnant les 2/3 inférieurs de l'hémithorax droit et qui ne semble pas atteindre le rebord costal.

La clarté trachéale descend dans le médiastin en décrivant un arc de cercle à convexité droite.

On ne note aucun débord à gauche du sternum.

Voir cliché ci-contre

CONCLUSION :

L'examen clinique et radiologique s'accordent pour nous montrer l'existence d'une dextrocardie.

La clinique montre, en effet, l'existence de battements cardiaques à droite et uniquement à droite; il n'y a pas de matité dans l'aire supposée précordiale à gauche.

La radiologie confirme ces données ; l'ombre cardiaque est entièrement reportée à droite et il est difficile de la délimiter en raison vraisemblablement d'un épaississement pleural.

Cette dextrocardie :

1° Nous paraît secondaire aux phénomènes pleuro-pulmonaires, car elle n'a pas été décelée lors des premiers examens cliniques et radiologiques, relativement récente d'autre part, puisque ceux-ci ont été pratiqués en 1929, c'est-à-dire il y a deux ans à peine.

2° Cette dextrocardie est bien une dextrocardie par attraction, il n'y a, en effet, aucune cause de refoulement du cœur, mais en revanche l'attraction est bien prouvée par la déviation de la trachée, l'immobilité du diaphragme et le comblement du sinus du côté droit.

3° Cette attraction nous paraît pouvoir être considérée comme la séquelle de la pleurésie antérieure droite, présentée il y a trois ans par le malade.

4° Cette dextrocardie ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel cardiaque, ni palpitations, ni cyanose, ni tachycardie, ni modification de la tension artérielle.

Un électrocardiogramme pratiqué a été normal dans les trois dérivations.

Tout porte donc à croire qu'il n'y a pas torsion du pédicule vasculaire, mais translation en masse.

PATHOGENIE

A. — Y a-t-il translation en masse du cœur ? Y a-t-il rotation vers la droite ?

Telle est en présence des faits cliniques et radiologiques constatés la première question à résoudre.

1° Bard en une loi classique, continuant les travaux antérieurs de Bamberger, Gerhardt, Gullmann et Echart, déclara en 1893 que : la dextrocardie acquise est une dextrocardie de translation sans mouvement de rotation.

Cette loi fut confirmée par les expériences de Pitre, suivant lesquelles la pointe du cœur ne peut dépasser dans le pis aller le plus accentué, le bord droit du sternum.

Cette opinion est la plus généralement admise par la majorité des auteurs, notamment par Berclere et son élève Remoussenard.

« Le cœur se déplace en masse et si par hasard il subit un mouvement de rotation, il faut considérer le fait comme exceptionnel ».

2° L'opinion contraire suivant laquelle le déplacement s'accompagne d'un mouvement de rotation a été émise par Wintrich, Sibson, Babcook : pour ces auteurs le cœur se tord sur son axe et la

pointe se dirige à droite. Garel et Varay ont publié un cas où cette théorie se trouvait confirmée.

Il s'agit d'une malade bacillaire, atteinte de pleurésie droite présentant une dextrocardie complète avec cœur inversé sans hétérotaxie.

A l'examen radiologique ils constatèrent chez cette malade que l'axe du cœur était incliné de haut en bas et de gauche à droite. Cette dextrocardie ne s'accompagnait que de troubles fonctionnels légers, dyspnée d'effort peu marquée.

Ils rapportaient des faits comparables publiés par Moutard-Martin, Lépine, Bernheim, Garnier, Petit, Fernet, Chappet, Pic, Barbier, Grasset. toutes observations que l'on peut retrouver dans la thèse d'Aloux.

3° Plus récemment Nicolaï a montré que l'électrocardiogramme est normal dans la dextrocardie acquise, ce dernier fait a été vérifié par Neumann, Challier et Rebattut, Macaigne et Girard.

M. Clerc déclare que « l'exploration clinique et la palpation, jointe à la percussion montrent presque toujours que l'axe de l'organe conserve son orientation et que si l'on perçoit une zône pulsatile à droite du sternum, elle correspond à la pointe mais au bord droit du cœur ».

Au total, notre cas nous semble donc conforme à la loi de Bard.

La clinique et la radiologie montrent que le cœur est déplacé en masse vers la droite sans mou-

vement de torsion appréciable, l'électrocardiographie d'autre part nous donne un tracé normal.

B. Les antécédents pleurétiques de notre malade d'une part, le fait que cette dextrocardie n'a pas été constatée aux examens cliniques et radiologiques antérieurs, prouvent bien qu'elle est secondaire et consécutive aux lésions pleurales.

On sait que Galliard a donné à la sclérose pleuro-pulmonaire droite le rôle pathogénique essentiel ; c'est elle qui attire le cœur vers la droite d'où le nom de dextrocardie par attraction.

Hirtz et Simon ont rapporté une observation où le malade eut dans un premier stade un hydropneumothorax traumatique déterminant un refoulement du cœur à gauche.

Dans un deuxième stade, la résorption partielle de l'épanchement pleural et l'atrophie du poumon droit entraînèrent une dextrocardie : il y a donc ici, successivement sinistrocardie par refoulement puis dextrocardie par attraction.

Bertier cite le cas d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale prédominant à droite ; il créa de ce côté un pneumothorax artificiel. Secondairement une symphyse pleurale se constitua et à un examen ultérieur on constata chez le malade une dextrocardie typique par attraction consécutive à cette sclérose pleuro-pulmonaire droite.

Dans cette observation la sclérose pulmonaire avait joué le rôle prépondérant puisque la création d'un pneumothorax artificiel avait été possible.

Papillon et Flipo ont rapporté un cas de dextrocardie acquise par lésion pleuro-pulmonaire droite où aucun trouble fonctionnel n'était noté du fait de la déviation cardiaque.

Bigard et Costes publient l'observation d'un malade porteur d'une dextrocardie par attraction avec sclérose pulmonaire. Les signes physiques et l'examen radiologique montraient un hémithorax gauche complètement deshabité par le cœur et pleurite intense du côté droit.

Armand Delille et Mlle S. Develay ont rapporté un cas de dextrocardie associé à une dilatation bronchite avec forte déviation trachéale par sclérose pulmonaire vraisemblablement d'origine tuberculeuse chez un enfant de 11 ans.

Léon Bernard et M. Lamy, décrivent une dextrocardie avec dilatation bronchique par sclérose pulmonaire d'origine vraisemblablement tuberculeuse.

Onvoit donc en conclusion, que la pathogénie semble identique dans tous les cas jusqu'ici rapportés ; à la sclérose pulmonaire dont l'étude pathologique sera faite dans le chapitre suivant.

ÉTIOLOGIE

A la suite de notre observation et des observations que nous avons citées qui s'ajoutent aux 42 observations recueillies par Girard en 1914, nous pouvons considérer la tuberculose comme facteur causal essentiel de cette sclérose.

Exceptionnellement, en effet la tuberculose n'a pu être directement incriminée.

Dans le cas de Hirtz et Simon : il s'agissait d'une dextrocardie apparue après un hydropneumothorax traumatique cinq semaines après l'accident.

Dans celui de Neumann, la symphyse pleurale étant consécutive à une chute de bicyclette.

Lépine rapporte une observation de dextrocardie imputable à la péribronchite syphilitique.

Baysse et Gaté attribuent à la dilatation des bronches du côté droit leur cas de dextrocardie

Mais, en dehors de ces cas, rares observations, la tuberculose est toujours retrouvée, d'ailleurs on peut se demander aussi s'il n'y a pas toujours une tuberculose non décelée.

Chez notre malade en dépit de l'absence d'épisodes tuberculeux dans l'enfance, il semble qu'il s'agisse d'une tuberculose ancienne, le malade était membre d'une famille où la tuberculose avait sévi.

Les cas rapportés étant presque toujours du

même ordre, il s'agit en effet de tuberculeux chroniques, évoluant avec l'allure d'une tuberculose scléreuse.

Quoique en dehors de notre étude il nous a paru nettement intéressant de rechercher si cette sclérose avait une base syphilitique ainsi que l'ont cité Alaux puis Bertier à la suite des travaux du Professeur Sergent.

Or chez notre malade aucun signe de spécificité ne pouvait être retenu en dehors de l'oxiphoïdie.

Un fait particulier nous paraît digne d'attention, c'est la rapidité d'évolution de cette sclérose puisqu'en deux ans elle a abouti à d'aussi importantes manifestations.

L'âge de notre malade, 26 ans, son sexe correspondent bien aux faits relatés, il s'agit le plus souvent, en effet d'adultes jeunes de 20 à 30 ans.

ÉTUDE DU SYNDROME

Chez notre malade, c'est seul un examen minutieux qui a pu nous révéler une dextrocardie absolument latente.

On n'observait, en effet, aucun symptôme fonctionnel d'ordre cardiaque susceptible de nous orienter.

Le malade lui-même ignorait la situation anormale de son cœur.

Il semble donc, en harmonie d'ailleurs avec les faits précédemment cités, que la latence est la règle dans les dextrocardies acquises.

Cependant il appartient à l'examen clinique de constituer un ensemble symptomatique capable de former un véritable syndrome.

C'est chez un malade se présentant plus comme un pulmonaire que comme un cardiaque qu'il importe de l'établir.

Chez notre sujet, la toux, l'expectoration, l'amaigrissement, joints aux antécédents étaient suggestifs d'une affection pulmonaire, la bacilloscopie en confirmait sa nature tuberculeuse.

De tels symptômes sont donc dominants, ils sont de plus les premiers symptômes et ce fait cadre bien avec l'étiologie.

C'est l'affection pulmonaire qui crée la lésion cardiaque.

L'examen clinique montre donc deux ordres de symptômes : des signes cardiaques, des signes pulmonaires bien spéciaux.

1) *La dextrocardie* est prouvée par les résultats de la palpation et de la percussion ; les battements sont perçus à droite du sternum. Dans notre observation, la paume de la main les constatait au niveau du 3e espace intercostal droit.

L'absence de la matité précordiale habituelle amène à percuter l'hémithorax droit.

Dans le cas que nous publions, la matité cardiaque déplacée à droite était difficile à délimiter à cause de la matité environnante, pulmonaire, pleurale et hépatique.

L'auscultation enfin permet d'entendre les bruits du cœur au niveau du centre de battements, les bruits peuvent être assourdis.

Cependant, certains auteurs ont observé un éclat du deuxième bruit.

Bitot et Papin ont noté dans un cas le dédoublement du 2e bruit ; Lépine a entendu un galop présystolique.

Chez notre malade les bruits du cœur étaient d'intensité normale et sans souffle orificiels : le pouls et la tension artérielle étaient normaux, comme il est de règle dans ces dextrocardies bien supportées. Les résultats de l'électrocardiographie étaient ceux d'un sujet normal.

Quant aux signes fonctionnels, ils sont inexis-

tants le plus souvent, certains auteurs ont noté toutefois une légère dyspnée à l'effort qu'il est difficile d'attribuer avec certitude à la dextrocardie proprement dite.

II) *Les signes pulmonaires :*

Ils doivent être étudiés séparément au niveau de l'hémithorax droit et au niveau de l'hémithorax gauche.

A droite : aucune déformation, voussure ou rétraction n'est observée le plus souvent.

Ainsi que l'ont fait remarquer Pic et Galliard, « la dextrocardie se rencontre plutôt chez le malade qui présente le moins de déformations thoraciques ».

L'abaissement de l'épaule et de la clavicule dépend plus de l'état pulmonaire au sommet que de la déformation thoracique proprement dite.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les résultats de la palpation en ce qui concerne la diminution ou l'exagération des vibrations vocales.

En revanche, l'existence de matité n'est jamais discutée, mais l'auscultation donne des résultats variables.

Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine ont entendu chez leur malade le retentissement métallique de la toux et de la voix au niveau du hile.

D'autres auteurs ont perçu des râles sous-crépitants humides au niveau de la région hilaire,

aussi certains d'entre eux pensent-ils à une ectasie bronchique.

Pour nous, la constatation dans le 1/3 supérieur de l'hémithorax d'un souffle rude du type amphorique entouré d'une couronne de râles bulleux dans une zone où la voix et la toux étaient déchirantes, nous avait suggéré au simple examen clinique l'existence d'une caverne.

Or, radioscopie et radiographie ont concordé pour nier l'existence d'un spélonque.

Cette dissociation de la clinique et de la radioscopie donne lieu à quelques hypothèses.

Il peut s'agir d'un souffle bronchique, ce qui cadrerait bien avec la déviation trachéale constatée sur le cliché ; mais on peut penser également à la propagation de symptômes dont la base anatomique siègerait plus bas, dans la zone de matité où l'ombre pleurale masque sur le film une caverne probable.

Du côté gauche : tous les auteurs relatent une diminution des vibrations vocales avec sonorité exagérée.

Cette sonorité retrouvée en avant comme en arrière dans la région normalement cardiaque est le phénomène dominant.

Dans le cas que nous rapportons, la diminution du murmure vésiculaire et quelques craquements après la toux furent les seuls signes notés car la percussion donnait des résultats normaux.

Ces deux signes, diminution du murmure vésiculaire et sonorité exagérée peuvent être attribués à l'emphysème compensateur.

En résumé, la dextrocardie par attraction comporte obligatoirement l'association de deux ordres de signes :

Les uns, pulmonaires, attribuables à la lésion ancienne du côté droit, sont ceux d'une sclérose pleuro-pulmonaire que le poumon gauche présente des signes d'emphysème en dehors des signes de la tuberculose, elle même concomitante.

Les autres, cardiaques, sont ceux du déplacement du cœur. Translation marquée sans signes fonctionnels, sans retentissement sur le rythme du pouls, sans modification de la tension artérielle, sans altération du tracé électrocardiographique.

DIAGNOSTIC

L'association de signes pulmonaires et cardiaques rend aisé le diagnostic.

1° La constatation de battements synchrones du pouls pose tout d'abord la question de transmission des battements par une masse ganglionnaire ou parenchymateuse.

Nous faisons allusion ici à la possibilité d'une masse d'adénopathie trachéo-bronchique d'un cancer hilaire du poumon, d'une lymphogranulomatose, d'une maladie d'Hodgkin, d'un lymphosarcome.

Il faut connaître aussi l'existence de battements d'une ectasie aortique.

Nous ne ferons que citer l'éventualité vraiment exceptionnelle d'un emphysème pulsatile gauche.

Au moindre doute on attendra pour porter un diagnostic le résultat de l'examen radioscopique toujours indispensable.

2° La constatation d'une dextrocardie amène encore la discussion du problème opposant dextrocardie acquise et dextrocardie congénitale.

a) Les dextrocardies congénitales seront facilement reconnues lorsqu'il existe une inversion des viscères.

b) Beaucoup plus délicat est le diagnostic avec les dextrocardies congénitales pures, d'ailleurs rares, sans hétérotaxie.

Alaux qui, dans sa thèse, en rapporte 12 cas, a trouvé 8 fois un certain nombre de symptômes bien spéciaux, rétraction de la paroi costale à droite, submatité et diminution du murmure vésiculaire dans le poumon droit, déviation de la colonne vertébrale, il en concluait d'ailleurs à l'origine pleuro-pulmonaire de cette dextrocardie congénitale consécutive à une pneumonie ou à une tuberculose pulmonaire latente.

Or, l'électrocardiographie n'apporte des résultats indiscutables que dans les cas de dextrocardie congénitale avec hétérotaxie où la courbe paraît renversée.

3° Parmi les dextrocardies acquises, il faut distinguer les dextrocardies par refoulement et les dextrocardies par attraction.

Les premières sont créées par des lésions pleuro-pulmonaires siégeant à gauche, pleurésie séro-fibrineuse ou purulente, cancer du poumon, kyste hydatique pulmonaire : c'est l'histoire de la maladie et l'examen clinique complet qui doivent guider le diagnostic.

Certains auteurs ont rapporté cependant des cas où la vérification nécropsique était en désaccord formel avec les données cliniques.

PRONOSTIC

Le pronostic d'une telle affection peut être étudié à un double point de vue cardiaque et pulmonaire.

A) Cette dextrocardie qui ne s'accompagne dans la règle d'aucn signe fonctionnel d'ordre cardiaque ou de signes d'insuffisance cardiaque nous permet de porter de ce côté-là un pronostic relativement bénin.

Cependant, encore que nous n'ayons à notre connaissance aucun cas de défaillance subite du cœur, il faut penser à la possibilité d'une syncope ou d'une crise d'asystolie.

B) Doit-on considérer le processus de sclérose pleuro-pulmonaire comme une séquelle désormais inactive ?

Nous ne saurions discuter ici un point particulièrement complexe qui fait partie des tests de guérison de la tuberculose pulmonaire en général.

On sait que pour Léon Bernard, les phénomènes d'adhérences tuberculeuses, loin d'être un processus fixé, sont en réalité des manifestations évolutives.

Sous le nom de fibrothorax, Jacquerod a rapporté quelques cas de tuberculose ayant évolué vers la sclérose avec rétraction pulmonaire et déplacement du médiastin.

CONCLUSION

1° La dextrocardie par attraction n'est pas aussi exceptionnelle que le considéraient les classiques.

2° Dans son étiologie, la tuberculose pleuro-pulmonaire semble occuper la première place de beaucoup.

3° Celle-ci se manifeste, en général sous la forme d'une pleurésie ou plus rarement d'un pneumothorax du côté droit.

4° Le nom d'attraction est justifié par le processus de sclérose qui la détermine.

5° La dextrocardie par attraction est le plus souvent une découverte d'examen clinique et de radioscopie ; car dans la règle, les signes fonctionnels cardiaques sont réduits au minimum ; le malade se présente essentiellement comme un pulmonaire.

6° Il y a bien lieu de noter une disproportion entre l'importance de l'attraction médiastinale et le peu d'intensité des déformations thoraciques.

7° Le pronostic cardiaque est bénin, tout au moins de façon immédiate ; le pronostic pulmonaire est celui de la tuberculose fibreuse en général.

Vu : *Le Doyen*,
G. Roussy.

Vu : *Le Président*,
Léon Bernard.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. Charléty

BIBLIOGRAPHIE

Lucien Girard. — Les dextrocardies par attraction. *Gaz. des Hôpitaux*, 7 février 1914.

Papillon et Flipo.

Galliard. — *Congrès de Genève*, 1908, t. II, page 88.

Abercrombie. — *Trans. of the med. chir. Soc. of Edimb.*, 1824, p. 64.

Gintrac. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1843, p. 9.

Mc. Abdowie. — *Brit. med. Journ. London*, 1886, t.II, p.156.

C. Paul. — *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, 1887, p. 38.

Chabrely. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1888-89, t.XVII, p. 16.

Bonna. — *Soc. des S. Med. de Lyon*, Juillet 1896.

Fernet. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 11 et 18 décembre 1896.

Moutard-Martin. — *Id.*, 8 janvier et 2 avril 1897.

Peiti. — *Id.*, 1897, p. 989-994.

Cochez. — *Gaz. des Hôp.*, 1897, n° 51 et 54.

Lépine. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28 mai 1889.

Carnier. — *Presse Médicale*, 12 juillet 1899.

Barbier. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1900, p. 187-190.

Pitzzerald et Guerest. — *Bul. Med. Journ. London*, 1900, t. II, p. 664.

Remoussenard. — Thèse Paris, 1900-1901, N° 89.

Alaux. — Thèse, Lyon, 1900-1901, N° 76.

Sevien. — *Med. news New York*, 1902, p. 210-211.

SCHERB. — *Bul. de la Soc.Méd. des Hôp. de Paris*, 1903. p.544.

LORTAT-JACOB et LAIGNEL-LAVASTINE. — *Id.*, 1906, p. 814-819.

HERTZ et SIMON. — *Id.*, 25 mai 1906.

CALLIARD. — *Id.*, 1908, p. 634-636.

MEYER. — *Soc. des S. Méd. de Lyon*, 28 oct. 1909 et 28 mars 1912.

TRASTOUR. — *Marseille méd.*, 15 décembre 1909.

BAYON et GATÉ. — *Mon méd.*, 2 juillet 1911.

BITOT et PAPIN. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 22 déc. 1912.

CHALIER et DELATTUT. — Paris médic., 1912, t. II, p. 365.

MACAIGNE et GNARD. — *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 18 août 1913, p. 69.

SCHEFFIELD NEAVE. — *Royal soc. of med. sec. for disease in children*, février 1913.

BERTIER. — *Bull. Méd.*, 1913, N° 75.

BARD. — *Lyon méd.*, 1892, N° 52 ; 1893, N° 1.

SAMBERGER. — Int. in Thèse d'Alaux.

GERHARDT. — *Id.*

GALLINAUX. — *Id.*

EICHART. — *Id.*

VITRES. — *Arch. cl. de Bordeaux*, Juin 1896.

SÉCLÈRE. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1903, p. 559.

WINTRICH. — It. in thèse Alaux.

SILÉSON. — *Id.*

SABCOCK. — *Med. News Philad.* 1888, p. 288-293.

CAREL et VAREY. — *Gaz. des Hôp.*, 21 août 1902, p. 926-929.

BERHEIM. — *Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences*, Boulogne, 1889.

PIC, BARBIER et GRANET. — *Id.*

Chappet. — It. par Garel et Varey, in *Gaz. des Hôp.*, 1902.

Nicolaï. — *Berl. Klin. Woch.* 9 janvier 1911, p. 51.

Neumann. — *A. med. Woch.*, 10 octobre 1912.

Clerc. — *Précis de path. méd.*, Bezançon, t.IV, Masson. édit. 1930.

Papillon et Flipo. — *Progrès médical*, 9 oct., p. 715.

Bizard et Costes. — *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 7 juillet 1922.

Armand, Delille et S. Develay. — *Id.*, N° 11, 1930.

Sergent. — *Précis de Pathologie méd. et de Thérap. méd.*, Maloine, édit.

Léon Bernard. — *Paris médical*, 3 janvier 1925.

Jacquerod. — *Les processus naturels de guérison dans la tuberculose pulmonaire*, Masson 1926.

TABLE DES MATIERES

Introduction 9
Observation personnelle 12
Radiographie 20
Conclusion 23
Pathogénie 25
Etiologie 29
Etude du syndrome. 31
Diagnostic 37
Pronostic 39
Conclusions 41
Bibliographie 43